

## POMOC W ŚMIERCI CZY WSPOMAGANE SAMOBÓJSTWO? ANALIZA POJĘCIOWA

– Maciej Piwowski –

Medyczna pomoc w śmierci (ang. *physician aid-in-dying*, PAD) polega na zapewnieniu przez lekarza śmiertelnej dawki leku na wyraźne żądanie pacjenta, który samodzielnie ją sobie aplikuje w celu zakończenia swojego życia. Na pierwszy rzut oka wydaje się, że praktyka ta stanowi formę zinstytucjonalizowanej pomocy w samobójstwie, czego potwierdzenie możemy znaleźć w literaturze – niekiedy nazywa się ją *medycznie wspomaganym samobójstwem*. Jednak klasyfikowanie tak rozumianej pomocy w śmierci jako samobójstwa przy asyście lekarza budzić może poważne kontrowersje, dlatego chciałbym podjąć próbę rozstrzygnięcia tego terminologicznego problemu.

Jak podają amerykańscy autorzy Brent M. Kious i Margaret P. Battin, w USA prawo w każdej z dziewięciu jurysdykcji [1], w których praktyka pomocy w śmierci została przyjęta, z góry zastrzega, że schorzenia uzasadniające PAD są somatyczne. Ponadto wszystkie stanowe regulacje dotyczące PAD wymieniają dwa warunki, które należy spełnić, ubiegając się o asystę przy śmierci: po pierwsze, schorzenie, na które cierpi osoba ubiegająca się o PAD, ma być terminalne (*terminal*): nie tylko śmiertelne (*fatal*), lecz stwarzające duże prawdopodobieństwo zgonu w ciągu najbliższych 6 miesięcy. Po drugie, pacjent nie może cierpieć na upośledzenie zdolności decyzyjnej, ani na skutek choroby psychicznej ani z powodu jakichkolwiek innych czynników.

Warunek terminalności ma stanowić zabezpieczenie przed równią pochyłą – fakt, że jakieś schorzenie prowadzi do rychłej śmierci, sam w sobie nie wystarcza, by uzasadnić uciekanie się do PAD, podobnie jak niewystarczające jest samo w sobie odwołanie się do autonomii jednostki, dominujące w stanowych aktach prawnych. Gdyby powoływać się wyłącznie na prawo do samostanowienia, nie wspominając o cierpieniu, nie jest jasne, dlaczego dajemy możliwość legalnego ukrócenia życia wyłącznie ciężko chorym, a nie każdemu na jego wyraźną prośbę. Tylko wzgląd na wielkie, niezbywalne cierpienie, w połączeniu z warunkiem świadomości i samodzielnie podjętej decyzji, uzasadnia – jak się wydaje – racjonalność dążenia do śmierci, ukazując, że samounicestwienie w niektórych wypadkach bywa czymś leżącym w interesie jednostki.

Odpowiedź na pytanie, czy tak rozumiana pomoc w śmierci świadczona przez lekarza jest formą pomocy w samobójstwie, może wydawać się oczywista, skoro pacjent sam, będąc kompetentny, na własne życzenie aplikuje sobie śmiertcioną substancję z jasnym zamiarem doprowadzenia do swojej śmierci. Jednak ta kwestia jest znacznie bardziej problematyczna. W prawodawstwie amerykańskim unika się stosowania terminu „samobójstwo” dla określenia PAD. Gdy zwrócimy uwagę na wysiłki środowisk nastawionych na edukowanie społeczeństwa na tematy związane z godną śmiercią, ujrzymy podobną tendencję. Na przykład na stronie organizacji non-profit Compassion and Choices czytamy:

Osoby, które ubiegają się o medyczną pomoc w śmierci, chcą żyć, lecz cierpią na śmiertelne schorzenia. Czują się głęboko urażeni, gdy ta praktyka medyczna jest nazywana samobójstwem lub wspomaganiem samobójstwem [2].

Z kolei na stronie stowarzyszenia Death with Dignity National Center możemy znaleźć następujący fragment:

Nieprawidłowe i nieściśle pojęcia, których przeciwnicy pomocy w śmierci używają, by wprowadzić w błąd społeczeństwo obejmują: wspomagane samobójstwo [...], samobójstwo wspomagane przez lekarza, (czynną) eutanazję [3].

Widzimy zatem, że zwolennicy PAD w Stanach Zjednoczonych, zamiast przekonywać społeczeństwo o racjonalności czy moralnej dopuszczalności samobójstwa w uzasadnionych przypadkach, przyjmują inną taktykę: dążą do zawężenia pojęcia samobójstwa, tak aby nie obejmowało ono medycznej pomocy w śmierci.

Dla objaśnienia tego zjawiska pomocne może okazać się przywołanie uwag na temat samobójstwa zaprezentowanych przez Jamesa Rachelsa w ramach analizy przypadku Barneya Clarka, człowieka, który w roku 1982 jako pierwszy w historii otrzymał stałe sztuczne serce. Clark dostał od swoich lekarzy także klucz pozwalający na wyłączenie aparatury, jeśli nie byłby zadowolony ze swojego życia po zabiegu. Oczywiście, wyłączenie sztucznego serca doprowadziłoby nieuchronnie do jego śmierci. Choć Clark nigdy nie skorzystał z tej opcji, według Rachelsa sam fakt przekazania mu klucza był równoznaczny przyzwoleniu na samobójstwo – „klucz symbolizował społeczną akceptację tego czynu”.

Z tekstu Rachelsa wyłaniają się dwa możliwe podejścia do problemu pojęcia „samobójstwo”. Pierwsze polega po prostu na skonstruowaniu definicji samobójstwa. Natomiast drugie zasadza się na fakcie, iż dla wielu „samobójstwo” jest terminem o bardzo silnym zabarwieniu emocjonalnym (czy wręcz o charakterze normatywnym), zawierającym w sobie pewną dezaprobatę czy potępienie. Wedle pierwszego podejścia, mając do dyspozycji definicję, można sprawdzić, jakie działania spełniają podane w niej kryteria, i w konsekwencji stanowią przypadki samobójstwa, natomiast przyjmując podejście drugie, dysponujemy kategorią samobójstwa jako czynu moralnie niewłaściwego, przyznając ten status wtórnie temu, co już zostało przez nas uznane za niedopuszczalne [4]. W ten sposób zdają się postępować amerykańscy proponenci pomocy w śmierci, którzy nie traktują pojęcia samobójstwa jako czysto deskryptywnego, lecz uznają jego normatywny багаż. Oczywiście zwolennicy PAD sami nie muszą wcale uznawać samobójstwa za czyn moralnie niedopuszczalny – mogą oni jednak zakładać dominację takich odczuć w społeczeństwie i przez wzgląd na to starać się zmienić użycie terminów tak, by praktyka pomocy w śmierci była czymś łatwiejszym do zaakceptowania dla niektórych członków społeczeństwa, na przykład dla tych, którzy odrzucają dopuszczalność samobójstwa z przyczyn religijnych, chociażby w tradycji katolickiej.

Jakie rozstrzygnięcie problemu klasyfikacji praktyki PAD wydaje się najrozsądniejsze? Rozważmy najpierw rozwiązanie, zgodnie z którym PAD nie jest przypadkiem wspomagane samobójstwa. Jeśli przyjmiemy to rozwiązanie, jedynym uprawnionym

terminem określającym praktykę PAD pozostaje „medyczna/lekarska pomoc w śmierci”, a pojęcia takie jak „medycznie wspomagane samobójstwo” czy „pomoc w samobójstwie” zostają wykluczone. Wydaje się, że takie rozstrzygnięcie mogłoby potencjalnie zmniejszyć stygmatyzację osób, których okoliczności zmuszają do skorzystania z tej praktyki. Jednak może mieć ono również dodatkowe niepożądane konsekwencje: może cementować lub nawet potęgować obecną w społeczeństwie tendencję do potępiania osób uciekających się do „zwykłego” samobójstwa z powodu cierpienia na skutek chorób psychicznych lub osobistych tragedii. Ponadto należy zwrócić uwagę na ewentualną pułapkę: sam termin „medyczna pomoc w śmierci” nie sugeruje niezorientowanej osobie, w jak dużym stopniu rzeczona „pomoc” rzeczywiście jest udzielana, czyli czy ogranicza się do zapewnienia środków do „własnoręcznego” pozbawienia się życia, czy może polega na odebraniu życia przez przedstawiciela opieki medycznej. Chcąc uniknąć normatywnego bagażu, który niesie ze sobą pojęcie samobójstwa, zwolennicy stosowania w zamyśle eufemistycznego terminu „pomoc w śmierci” mogą przypadkiem przywołać nawet bardziej niepożądane skojarzenia z eutanazją. Dlatego, moim zdaniem, nie jest to satysfakcjonujące rozstrzygnięcie problemu.

Drugie rozwiązanie polega na konsekwentnym uznawaniu PAD wprost za wspomagane samobójstwo. Wydaje się, że jest to podejście doskonalsze, porządkujące pojęciowy bałagan. Przykładem tego typu rozwiązania jest wspomniany na początku podział proponowany przez Galewicza, który używa terminu „medycznie wspomagane samobójstwo” lub „samobójstwo z pomocą lekarza” jako odpowiednik PAD, natomiast pojęcie „pomocy w śmierci” traktuje jako termin ogólny, obejmujący zarówno wspomagane samobójstwo, jak i eutanazję. Podobnie Hall, Trachtenberg i Dugan w artykule z 2005 roku traktują termin *physician aid in dying* jako nadrzędny wobec *physician assisted suicide* (PAS) oraz *euthanasia*. Tego typu pojęciowe rozstrzygnięcia są klarowne i intuicyjne: w końcu zarówno w przypadku PAD, jak i eutanazji, lekarz udziela pacjentowi pomocy w śmierci – przypadki te różnią się tylko stopniem zaangażowania lekarza.

Może pojawić się zarzut, iż uznając PAD za rodzaj wspomagane samobójstwa, faworyzujemy eleganckie rozwiązanie teoretyczne kosztem „dobrego imienia” praktyki PAD. Jeśli bowiem w społeczności rzeczywiście dominuje wizja samobójstwa jako czegoś z gruntu złego, to powstrzymanie się od stosowania tego terminu w kontekście PAD wydaje się zasadne. Jednak, w mojej opinii, byłoby to tylko doraźne i konformistyczne rozwiązanie – lepszym wyjściem wydaje się powzięcie starań zmierzających do zniwelowania normatywnego bagażu, który łączy się z pojęciem samobójstwa, przez co termin ten stałby się możliwie neutralny. Dzięki temu moglibyśmy złagodzić tendencje do stygmatyzacji samobójstwa w ogóle, również w kontekście pozamedycznym, zachowując ścisły i przejrzysty aparat pojęciowy.

## Literatura

- Battin M. P. (2009). *Eutanazja. Kwestie podstawowe* [w:] *Wokół śmierci i umierania. Antologia Bioetyki Tom I*, W. Galewicz (red.), Kraków: Universitas, 393-432.
- Battin M. P., Kiouss B. M. (2019). *Physician Aid-in-Dying and Suicide Prevention in Psychiatry: A Moral Crisis?*, *The American Journal of Bioethics*, 19:10, 29-39.

- Galewicz W. (2009). *Decyzje o zakończeniu życia* [w:] *Wokół śmierci i umierania. Antologia Bioetyki Tom I*, W. Galewicz (red.), Kraków: Universitas, 7-82.
- Hall M., Trachtenberg F., Dugan E. (2005). *The impact on patient trust of legalising physician aid in dying*, *Journal of Medical Ethics*, 31, 693-697.
- Rachels J. (2009). *Samobójstwo i eutanazja* [w:] *Wokół śmierci i umierania. Antologia Bioetyki Tom I*, W. Galewicz (red.), Kraków: Universitas, 227-236.

Maciej Piwowski – student II stopnia filozofii na Uniwersytecie Jagiellońskim; od października 2020 pracuje jako referent techniczny w Interdyscyplinarnym Centrum Etyki UJ w projekcie BIOUNCERTAINTY. Artykuł zdobył II nagrodę w konkursie czasopiśma „Filozofia w Praktyce” na najlepszy studencki esej dotyczący filozofii praktycznej w roku 2020.

- [1] PAD zalegalizowano w 8 stanach i Dystrykcie Kolumbii: <https://www.deathwithdignity.org/learn/death-with-dignity-acts/> [dostęp 09.01.2020]
- [2] “People who seek medical aid in dying want to live but are stricken with life-ending illnesses. They feel deeply offended when the medical practice is referred to as suicide or assisted suicide”. Tłumaczenie własne; *Medical Aid In Dying is Not Assisted Suicide, Suicide or Euthanasia*, <https://compassionandchoices.org/about-us/medical-aid-dying-not-assisted-suicide/> [dostęp 09.01.2020]
- [3] “Incorrect and inaccurate terms that opponents of physician-assisted dying use in order to mislead the public include: assisted suicide, doctor-assisted suicide, physician-assisted suicide, (active) euthanasia”. Tłumaczenie własne; *Frequently Asked Questions*, <https://www.deathwithdignity.org/faqs/> [dostęp 09.01.2020 r.]
- [4] Oczywiście można się zastanawiać, czy przyjęcie rozróżnienia proponowanego przez Rachelsa jest nieuniknione. Wydaje się, że możliwe jest skonceptualizowanie tego „bagażu”, który towarzyszy samobójstwu, na skutek czego podejście drugie zwyczajnie redukowaloby się do pierwszego.

This research has received funding from the European Research Council (ERC) under the European Union’s Horizon 2020 research and innovation programme (grant agreement No 805498).